

芽室町健康福祉課社会福祉係あて

令和３年度 芽室町総合保健医療福祉協議会

議 題	1 第４期芽室町地域福祉計画の進捗状況 … 資料２
質 疑 等	

お名前 _____

連絡先電話番号 _____
※記載内容の確認をさせていただくがございます。

令和4年3月23日(水)までに御返送をお願いします。

※記入欄の不足分など、任意様式で提出されても結構です。